N° 89-653-X2016011 au catalogue
ISBN 978-0-660-06250-1

Enquête auprès des peuples autochtones de 2012

Pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 18 à 25 ans : prévalence et caractéristiques connexes

par Mohan B. Kumar et Amy Nahwegahbow

Date de diffusion : le 13 octobre 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 18 à 25 ans : prévalence et caractéristiques connexes

par **Mohan B. Kumar** et **Amy Nahwegahbow**

Résumé

Depuis plusieurs décennies, les chercheurs font état de hauts taux de suicide chez les jeunes autochtones, et ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux observés chez les jeunes non autochtones. À l'aide des données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, le présent article fournit des estimations de la prévalence des pensées suicidaires chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits âgés de 18 à 25 ans. On y examine les associations entre les pensées suicidaires au cours de l'année précédente et les expériences vécues durant l'enfance et les caractéristiques familiales; les troubles mentaux ainsi que les facteurs liés à la personnalité, de même que les caractéristiques sociodémographiques liées à des pensées suicidaires dans d'autres populations.

Parmi les Premières Nations, les Métis et les Inuits, environ 1 jeune adulte sur 20 et 1 jeune adulte sur 10 a indiqué avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, et près de 1 personne sur 5 à 1 sur 4 a indiqué avoir déjà eu des idées suicidaires au cours de sa vie. La prévalence des idées suicidaires était deux fois supérieure chez les jeunes adultes autochtones vivant hors réserve que chez les jeunes adultes non autochtones. Dans les trois groupes autochtones visés par l'enquête, les jeunes adultes ayant indiqué avoir des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, avoir consommé de la drogue ou éprouver un sentiment de désespoir étaient plus susceptibles que ceux n'ayant pas déclaré ce type de renseignements d'avoir eu des idées suicidaires au cours de la dernière année. Toutefois, les jeunes adultes ayant indiqué avoir un niveau élevé d'estime de soi étaient moins susceptibles que ceux ayant un faible niveau d'estime de soi d'avoir des idées suicidaires. D'autres facteurs sont associés aux idées suicidaires chez certains groupes de jeunes adultes, mais pas dans tous les groupes.

La détermination des facteurs de risque de pensées suicidaires dans ces populations viendra s'ajouter aux ouvrages déjà publiés sur le sujet et pourra éclairer l'élaboration ou l'évaluation de politiques et de programmes de prévention.

À propos des auteurs
Mohan B. Kumar (Statistique sociale et autochtone, Statistique Canada)
Amy Nahwegahbow, L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC)

Introduction

Les peuples autochtones, qui comprennent les Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci, les Métis et les Inuits, affichent un taux de suicide plus élevé que celui observé chez les non-Autochtones, une perte qui devient source de souffrance et de deuil pour la famille et les amis. Un suicide représente une perte considérable pour la collectivité, tout particulièrement lorsque la victime est une jeune personne[1].

Depuis plusieurs décennies, les chercheurs font état de taux de suicide élevés chez les jeunes autochtones. Parmi les enfants et les jeunes, au cours des périodes allant de 2000 à 2002 et de 2005 à 2007, les taux de mortalité résultant de blessures auto-infligées étaient 7 fois et 10 fois plus élevés chez les hommes et 16 fois et 22 fois plus hauts chez les femmes dans les régions comptant un pourcentage élevé de Premières Nations, comparativement aux régions à faible pourcentage[2]. Chez les Inuits, les taux étaient encore plus élevés : au cours de la période allant de 1994 à 1998, le taux de suicide chez les enfants et les jeunes de la patrie inuite[3], l'Inuit Nunangat (qui comprend un certain nombre de non-Inuits : 5 % des personnes de moins de 25 ans), était 18 fois plus élevé que dans le reste du Canada[4]. Une décennie plus tard, le taux relatif était 33 fois plus élevé en raison du fléchissement des taux de suicide dans le reste du Canada, alors qu'ils demeuraient inchangés dans l'Inuit Nunangat[4].

Il a été démontré que les pensées suicidaires, qui sont à la fois des prédicteurs et des précurseurs des suicides et des tentatives de suicide[5, 6, 7, 8, 9], sont prévalentes à des niveaux significativement plus élevés chez les jeunes autochtones. En 2010, 23 % des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve du Conseil tribal de Saskatoon avaient déclaré avoir eu des pensées suicidaires, comparativement à 9 % des adolescents de la région urbaine de Saskatoon[10]. Aussi, en 2006, 10 % des jeunes adultes métis avaient déclaré avoir eu des pensées suicidaires[11]. En 2004, 45 % des Inuits âgés de 15 à 24 ans au Nunavik (Québec) ont indiqué avoir eu des pensées suicidaires à un moment donné de leur vie, et 24 % avaient déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente.

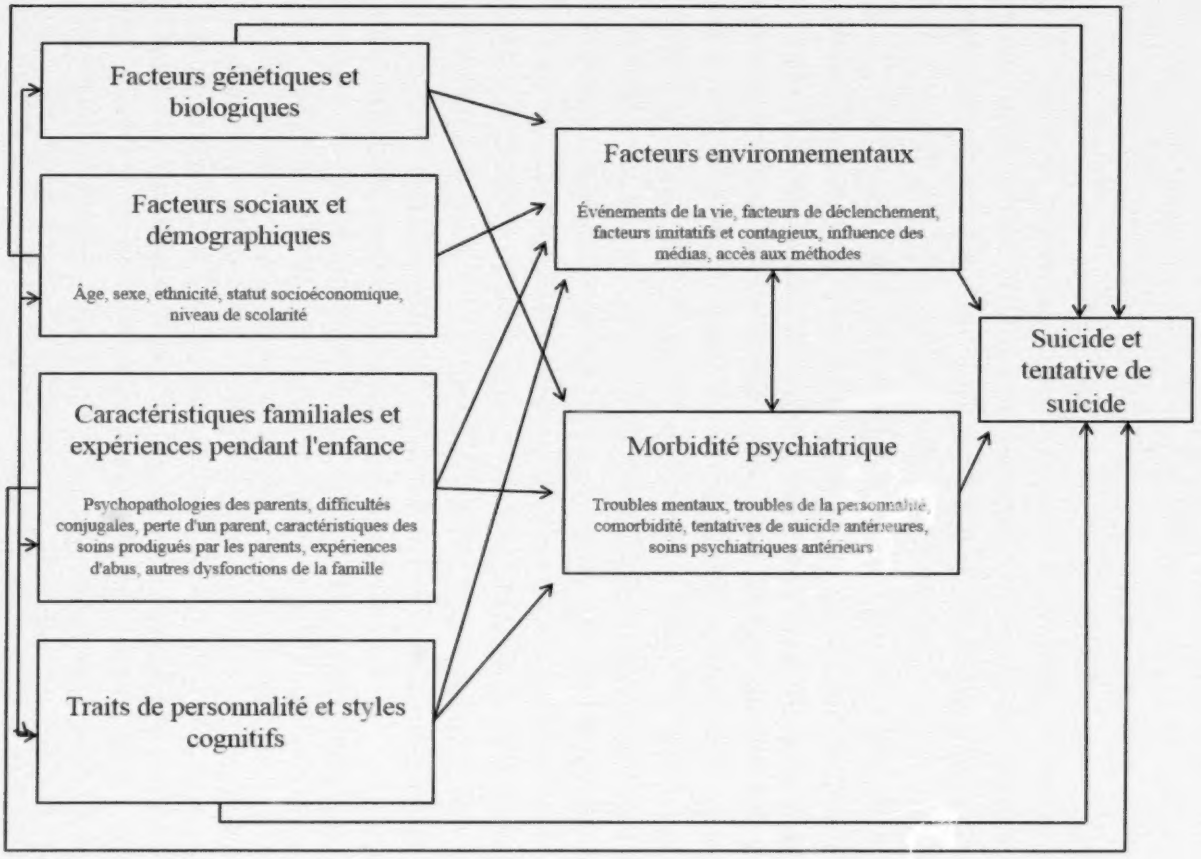
Les taux de suicide élevés chez les jeunes autochtones, par rapport à ceux observés chez les jeunes non autochtones, font ressortir la nécessité de mieux comprendre la portée des pensées suicidaires et les facteurs qui leur sont associés. La présente étude vise à estimer la prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et au cours de la vie, et à examiner la santé mentale, la personnalité (faible niveau d'estime de soi et sentiment d'impuissance) ainsi que les facteurs démographiques et socioéconomiques associés aux pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits âgés de 18 à 25 ans. La mise en lumière des facteurs de risque de pensées suicidaires au sein de ces populations viendra s'ajouter aux ouvrages déjà publiés sur le sujet et pourra éclairer l'élaboration ou l'évaluation des programmes et politiques de prévention.

Facteurs de risque de pensées suicidaires

Différents facteurs de risque de pensées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides chez les adolescents et les jeunes adultes ont été cernés dans différentes populations. Plusieurs modèles conceptuels ont tenté de décrire les relations entre les facteurs de risque de comportement suicidaire et les suicides réels. Selon un modèle proposé par Beautrais[12], des domaines multiples de facteurs de risque interagissent pour influer sur la vulnérabilité d'une personne à des comportements suicidaires (figure 1). Cela comprend notamment les facteurs génétiques et biologiques, les facteurs sociaux et démographiques, les caractéristiques familiales et les expériences vécues durant l'enfance, les facteurs liés à la personnalité tels qu'un faible niveau d'estime de soi et un sentiment d'impuissance, les événements traumatisants au cours de la vie et des troubles psychiatriques.

Un autre modèle, celui de stresseur-diathèse[13], propose quant à lui que des facteurs sources de stress, comme des conflits entre les besoins psychologiques d'une personne et les besoins de la société, la détérioration d'une maladie mentale, des facteurs liés à la personnalité tels qu'un sentiment d'impuissance et l'impulsivité, les facteurs familiaux ou génétiques, des expériences vécues durant l'enfance, le tabagisme et l'abus d'alcool sont des facteurs de risque de comportement suicidaire. Bien que ces modèles incorporent de nombreux facteurs de risque qui ont été cernés au sein des groupes autochtones, ils ne tiennent pas compte d'autres facteurs tels que les expériences liées à la fréquentation d'un pensionnat et la marginalisation, dont l'association à un comportement suicidaire a été démontrée[14].

Figure 1
Modèle conceptuel des facteurs de risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les jeunes proposé par Beautrais (2000)



Source : *Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People* (Beautrais, A. 2000).

Un grand nombre des facteurs de risque qui sont liés à des suicides et à des tentatives de suicide au sein d'autres populations le sont également chez les Autochtones. Cependant, les facteurs de risque varient selon le groupe autochtone et le sexe. Par exemple, les facteurs de risque de tentative de suicide chez les jeunes inuits comprennent ce qui suit : le fait d'être de sexe masculin; d'avoir un ami ayant fait une tentative de suicide ou qui s'est suicidé; d'avoir des antécédents d'abus physique; d'avoir des antécédents d'abus de solvants; d'avoir des parents ayant un problème d'alcool ou de drogue[15]. Chez les adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve au Manitoba, un comportement suicidaire était associé à plusieurs facteurs : le fait d'être de sexe féminin, la dépression, les mauvais traitements subis ou la peur de mauvais traitements, un séjour à l'hôpital et la consommation de drogue[16]. Parmi les autres facteurs, on compte les effets transgénérationnels des changements de culture rapides comme la sédentarisation, la marginalisation économique et politique, l'isolement géographique et le manque de débouchés au plan personnel ou de la carrière (pour un examen de ces facteurs, voir Fraser et autres, 2015)[14]. En ce qui concerne les différences entre les sexes, chez les jeunes inuits, la consommation de marijuana et la participation aux activités de chasse étaient associées aux tentatives de suicide chez les femmes, alors que chez les hommes, cela était plutôt la consommation abusive d'alcool qui y était associée. Cependant, chez les deux sexes, la détresse psychologique, les abus sexuels et la violence physique étaient associés aux tentatives de suicide[14].

Les pensées suicidaires ont de nombreux facteurs de risque en commun avec les tentatives de suicide et les suicides. Certains de ces facteurs, notamment la qualité des soins assurés par les parents, sont spécifiques au début de l'âge adulte (de 18 à 25 ans), alors que les personnes sont davantage vulnérables à certains problèmes de santé mentale comme la dépression[17, 18, 19]. Cela est particulièrement le cas chez les personnes appartenant à des groupes raciaux et ethniques minoritaires[20, 21]. Dans les paragraphes qui suivent, on présente un sommaire des facteurs de risque de pensées suicidaires, applicables plus particulièrement aux jeunes adultes et, pour certains facteurs de risque, aux jeunes adultes autochtones.

Expériences vécues durant l'enfance et caractéristiques familiales

La fréquentation des pensionnats a eu plusieurs répercussions négatives pour bon nombre de personnes qui les ont fréquentés. Celles-ci ont été séparées de leur famille et dans certains cas ont subi des abus physiques et/ou sexuels. Elles ont aussi vécu une suppression systématique de leur langue et de leur identité culturelle[22, 23, 24, 25]. Par conséquent, la fréquentation d'un pensionnat a été liée à des compétences parentales inadéquates, à la rupture de familles[26, 27], à des problèmes de santé mentale, à l'alcoolisme[28] et à la violence envers les enfants[90], qui sont tous des facteurs associés aux pensées suicidaires. Chez les jeunes et les jeunes adultes des Premières Nations vivant dans une réserve, il a été démontré que les pensées suicidaires sont associées aux antécédents familiaux de fréquentation d'un pensionnat[29, 30].

Parmi les autres expériences négatives vécues durant l'enfance ayant été associées aux pensées suicidaires, notons le fait d'être victime d'intimidation[31, 32, 33], les mauvais traitements subis pendant l'enfance, la négligence, les abus physiques et/ou sexuels[34, 35], de faibles niveaux d'attachement des parents, des liens émotionnels faibles avec les parents[36] et la séparation ou le divorce des parents[37, 38], même lorsque l'on tient compte d'autres facteurs de risque.

On a aussi démontré que certaines caractéristiques familiales, telles qu'un faible soutien social, sont liées aux pensées suicidaires[39], de même que le fait de vivre seul[40]. On a proposé que la relation entre un faible soutien social et les pensées suicidaires s'explique par un plus faible niveau d'estime de soi[41].

Troubles mentaux et traits de personnalité

On a montré que les troubles de l'humeur (notamment la dépression et l'anxiété) sont associés aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes[39, 42], et ce, au sein de différentes populations et chez les deux sexes[43, 44].

La consommation de drogue comme la cocaïne et l'héroïne a été liée aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes[43, 45, 46]. La consommation de marijuana y a aussi été associée dans certains articles[43] mais non dans d'autres[45, 47].

Certains types de consommation d'alcool, comme celle en réaction au stress[48, 49] et les troubles dus à la consommation d'alcool[50, 51], sont des facteurs de risque de pensées suicidaires, alors que d'autres types, comme la consommation fréquente d'alcool en solitaire, ne le sont pas[42]. On a proposé que les effets dépressifs de la consommation d'alcool jouent un rôle dans l'association de ce trouble avec un comportement suicidaire[52].

La relation entre l'usage du tabac et les pensées suicidaires est moins clairement établie. On a formulé l'hypothèse que le tabagisme chronique favorise la dépression. Il pourrait donc constituer un mécanisme pour une association avec les pensées suicidaires[53]. Dans certaines études, on a associé l'usage quotidien du tabac à des pensées suicidaires chez les jeunes adultes, même lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs, y compris la dépression[34, 45, 54]. D'autres études ont démontré qu'après correction pour les autres facteurs de risque, l'usage quotidien du tabac n'était plus significatif[36].

Le sentiment d'impuissance, c'est-à-dire l'incapacité de visualiser ou d'imaginer un avenir tolérable[55], a été défini comme un facteur de risque de pensées suicidaires pour différentes populations[44, 47, 56] et dans des études longitudinales[57]. Un faible niveau d'estime de soi a également été associé à des pensées suicidaires chez les jeunes adultes en général[57, 58, 59].

Facteurs sociodémographiques

Selon plusieurs études, les hommes étaient plus susceptibles de se suicider, alors que les femmes étaient plus enclines à avoir des pensées suicidaires [60, 61]. Par exemple, chez les adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve au Manitoba, le fait d'être de sexe féminin était associé à une probabilité accrue de pensées suicidaires et de tentatives de suicide[16]. Cependant, dans d'autres études, aucune différence entre les sexes n'a été signalée[47, 62, 63].

Un stress quotidien plus élevé a aussi été associé à des pensées suicidaires chez les Autochtones[64].

On a démontré que la fréquentation d'un collège ou d'une université avait un effet protecteur en raison de la disponibilité accrue des ressources en matière de santé mentale, des réseaux de pairs et des ressources de soutien social[65, 66]. Par conséquent, les taux de suicide chez les étudiants de niveau postsecondaire sont beaucoup plus faibles comparativement à ceux des non-étudiants.

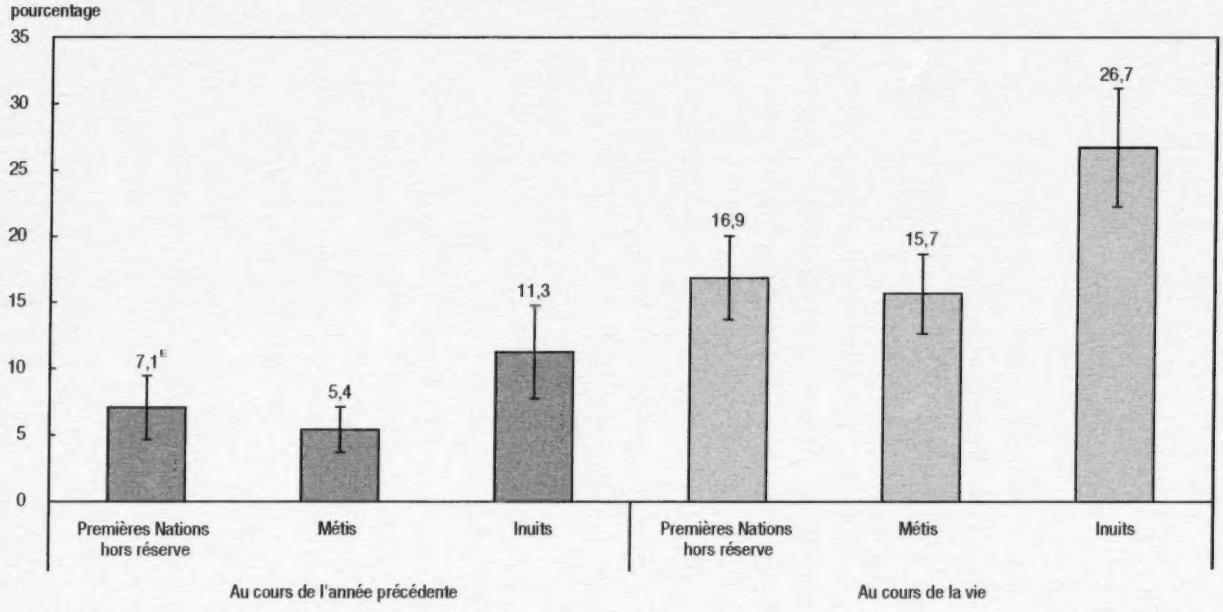
Dans la présente étude, on a choisi d'explorer les facteurs du modèle Beautrais et ceux cernés par l'examen des articles publiés sur les facteurs de risque propres aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes. Cependant, les limites en matière de données ont fait qu'il n'a pas été possible d'analyser tous les facteurs. En résumé, les facteurs explorés dans le cadre de l'étude étaient ceux liés aux expériences vécues durant l'enfance et aux caractéristiques familiales, les facteurs liés aux troubles mentaux, les facteurs liés à la personnalité ainsi que les facteurs sociodémographiques. La section « Données et méthodes » explique comment ces facteurs ont été opérationnalisés.

Résultats

Plus de 1 jeune adulte inuit sur 10 a eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente

En 2012, 11,3 % des Inuits de 18 à 25 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente (graphique 1); les proportions correspondantes étaient de 7,1 % chez les Premières Nations vivant hors réserve et de 5,4 % chez les Métis. On observait des pourcentages plus élevés de personnes ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, ces proportions étant de 26,7 % chez les Inuits, de 16,9 % chez les Premières Nations vivant hors réserve et de 15,7 % chez les Métis.

Graphique 1
Prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et au cours de la vie chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, adultes âgés de 18 à 25 ans, Canada, 2012



E à utiliser avec prudence
Note : Les lignes verticales sur chaque barre représentent les intervalles de confiance de 95 %.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

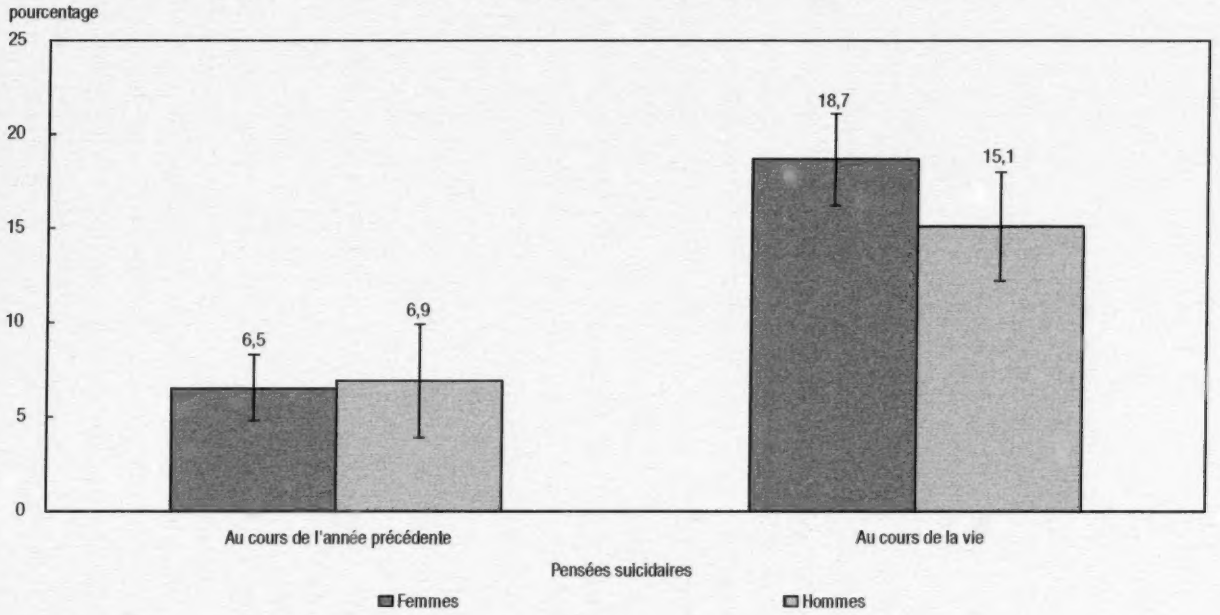
Dans le cas des Inuits, les pensées suicidaires au cours de l'année précédente étaient plus de deux fois plus fréquentes chez les jeunes adultes, comparativement à ceux âgés de 26 à 59 ans (11,3 % par rapport à 4,9 %) (tableau A.1). Les différences entre les deux groupes d'âge n'étaient pas statistiquement significatives chez les Premières Nations vivant hors réserve (7,1 % par rapport à 5,8 %) ainsi que chez les Métis (5,4 % par rapport à 4,4 %).

Pour établir des comparaisons avec la population non autochtone, nous avons utilisé l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012 (ESCC–SM). Étant donné la petite taille de l'échantillon autochtone dans l'ESCC–SM, il était seulement possible de produire des estimations combinées qui soient fiables. Aussi, comme l'ESCC–SM n'a pas été menée dans l'Inuit Nunangat, les estimations excluent la plupart des Inuits. Néanmoins, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie était plus élevée chez les Autochtones de 18 à 25 ans que chez les non-Autochtones (11 % par rapport à 5 % pour ce qui est des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et 27 % par rapport à 15 % en ce qui a trait aux pensées suicidaires au cours de la vie) (données non présentées).

Certaines différences entre les sexes

Au sein de la population autochtone combinée, la prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie et des pensées suicidaires au cours de l'année précédente ne différait pas de façon significative entre les femmes et les hommes (18,7 % par rapport à 15,1 %, et 6,5 % par rapport à 6,9 %, respectivement) (graphique 2). Cependant, pour ce qui est des pensées suicidaires au cours de la vie, on a constaté une tendance à une prévalence plus élevée chez les femmes ($p = 0,10$) (données non présentées).

Graphique 2
Prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et au cours de la vie chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits combinés, adultes âgés de 18 à 25 ans, selon le sexe, Canada, 2012



Note : Les lignes verticales sur chaque barre représentent les intervalles de confiance de 95 %.
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, le sentiment d'impuissance et un faible niveau d'estime de soi sont associés aux pensées suicidaires

En concordance avec les résultats de recherches antérieures, les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété étaient associés aux pensées suicidaires au cours de l'année précédente déclarées par les jeunes adultes dans chaque groupe autochtone, et ce, même lorsque l'on tenait compte des autres facteurs (tableau 1). Par exemple, les Métis ayant déclaré des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété étaient trois fois plus susceptibles que ceux n'ayant pas déclaré de tels troubles d'avoir eu des pensées suicidaires (9 % par rapport à 3 %); chez les Inuits, ces proportions étaient de 25 % par rapport à 10 %, respectivement. Aussi, dans le cas des Inuits, on a constaté l'émergence d'une importante interaction entre les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et le sexe, ce qui permet d'affirmer que l'association entre les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et les pensées suicidaires diffère selon le sexe (tableau A.4). Parmi les Inuits ayant déclaré des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir eu des pensées suicidaires (37 % par rapport à 7 %) (graphique 3). Chez les jeunes adultes métis et ceux des Premières Nations vivant hors réserve, les différences entre les sexes liées aux troubles de l'humeur et/ou d'anxiété n'étaient pas statistiquement significatives (données non présentées).

Tableau 1

Variations de la probabilité prédite de pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, adultes âgés de 18 à 25 ans, selon certaines caractéristiques, Canada, 2012

	Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Inuits	
	Probabilité rajustée	Variation	Probabilité rajustée	Variation	Probabilité rajustée	Variation
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés et diagnostiqués par un médecin						
Non†	0,06	...	0,03	...	0,10	...
Oui	0,08	1,3*	0,09	3,0*	0,25	2,5*
Consommation de drogues (médicaments sur ordonnance, drogues de la rue à des fins récréatives)						
Non†	0,05	...	0,03	...	0,09	...
Oui	0,10	2,0*	0,09	3,0*	0,20	2,2*
Consommation élevée et fréquente d'alcool (cinq verres ou plus au moins une fois par semaine)						
Non†	0,07	...	0,05	...	0,12	...
Oui	0,08	1,1	0,05	1,0	0,11	0,9
Usage quotidien du tabac						
Non†	—	...	—	...	0,08	...
Oui	—	—	—	—	0,14	1,8*
Sentiment d'impuissance (se sentait impuissant tout le temps ou la plupart du temps au cours du mois précédent)						
Non†	0,07	...	0,05	...	0,11	...
Oui	0,06	0,9	0,09	1,8*	0,23	2,1*
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)						
Non†	0,20	...	0,14	...	0,20	...
Oui	0,01	0,1*	0,02	0,1*	0,08	0,4*
Antécédents personnels ou familiaux (parents, grands-parents) de fréquentation d'un pensionnat						
Non†	0,05	...	—	...	0,16	...
Oui	0,08	1,6	—	—	0,10	0,6
Ne sait pas, Refus, Non déclaré	0,07	1,4	—	—	0,13	0,8
Participation des parents et/ou des membres de la famille						
Non†	0,08	...	0,06	—	0,16	—
Oui	0,06	0,8	0,05	0,8	0,06	0,4*
Niveau élevé de soutien social						
Non†	0,10	...	0,07	...	0,13	...
Oui	0,06	0,6	0,05	0,7	0,11	0,8
Liens solides avec les membres de la famille élargie						
Non†	0,09	...	0,04	...	0,11	...
Oui	0,06	0,7*	0,06	1,5	0,12	1,1
Problème perçu d'intimidation à l'école						
Non†	0,06	...	0,06	—	0,11	—
Oui	0,08	1,3	0,05	0,8	0,12	1,1
Fréquente actuellement un établissement scolaire						
Ne fréquente pas un établissement scolaire†	0,08	...	0,06	...	0,11	...
Fréquente une école secondaire	0,07	0,9	0,07	1,2	0,14	1,3
Fréquente un établissement postsecondaire	0,04	0,5*	0,04	0,7	0,10	0,9
Sexe						
Hommes†	0,07	...	0,06	...	0,11	...
Femmes	0,07	1,0	0,05	0,8	0,12	1,1

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence pour la variation

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires lorsque l'on tient compte d'autres caractéristiques, et non incluse dans l'analyse finale

Notes : Les variations dans la probabilité prédite (ratio de prévalence marginale) de pensées suicidaires chez les répondants présentant une caractéristique comparativement à ceux n'ayant pas la caractéristique ont été calculées en incluant simultanément d'autres caractéristiques dans l'analyse. Une probabilité de 0,25 indique qu'en moyenne, un répondant aura une probabilité rajustée de 25 % de pensées suicidaires. Dans le texte, elles sont présentées sous forme de pourcentages. Par exemple, 0,25 est présenté sous la forme 25 %.

Le revenu du ménage après impôts rajusté était aussi inclus comme caractéristique de contrôle (non indiquée) qui pourrait expliquer d'autres caractéristiques inconnues ou non mesurées qui peuvent expliquer des pensées suicidaires. Pour obtenir plus de renseignements sur les résultats des analyses de régression, voir le tableau A.4 figurant en annexe.

Les variations n'ont pas été comparées statistiquement entre les groupes autochtones. Par exemple, les variations des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété chez les jeunes adultes des Premières Nations non pas été comparées à celles de leurs homologues dans les autres groupes.

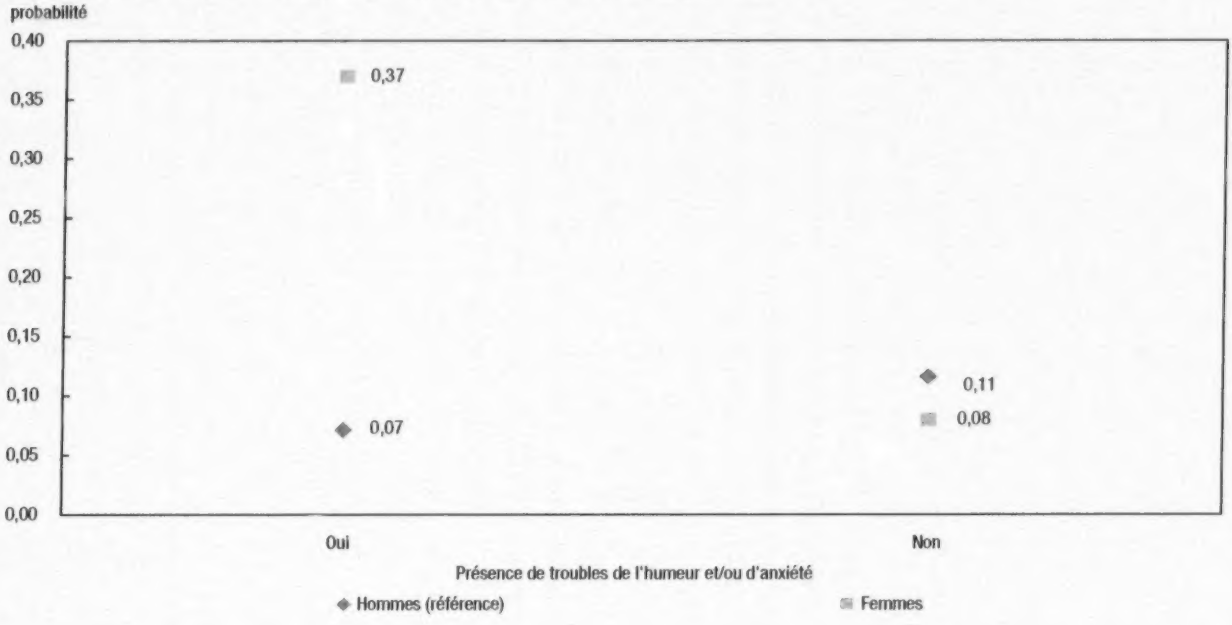
La participation des parents et/ou des membres de la famille est définie ici comme le fait d'avoir fait vérifier ses devoirs ou d'avoir obtenu de l'aide pour faire les devoirs, au moment de l'enquête chez les répondants fréquentant un établissement scolaire, ou au cours de leur dernière année de scolarité. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la section « Données et méthodes ».

Un niveau élevé de soutien social était défini comme le fait d'avoir sa famille uniquement ou aussi des personnes non apparentées vers qui se tourner pour obtenir du soutien. Le fait de n'avoir personne vers qui se tourner ou seulement des personnes non apparentées était caractérisé comme un faible niveau de soutien social.

Des liens solides avec les membres de la famille élargie étaient définis comme le fait d'avoir des liens avec les membres de sa famille vivant dans sa ville ou collectivité mais dans un autre ménage qualifiés de 4 à 5 sur une échelle de 1 à 5.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Graphique 3
Probabilités prédites de pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les Inuits, selon la présence de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et le sexe, adultes âgés de 18 à 25 ans, Canada, 2012



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Même lorsque l'on tient compte des facteurs sociodémographiques, des facteurs de santé mentale et d'autres facteurs, la consommation de drogue était associée aux pensées suicidaires dans chaque groupe autochtone (tableau 1). Chez les Métis, 9 % de ceux ayant déclaré consommer de la drogue avaient eu des pensées suicidaires, comparativement à 3 % de ceux n'ayant pas déclaré consommer de drogue. Les proportions correspondantes étaient de 10 % par rapport à 5 % chez les Premières Nations et de 20 % par rapport à 9 % chez les Inuits. En revanche, l'abus fréquent d'alcool n'était pas associé à des pensées suicidaires.

Chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits, les fumeurs quotidiens étaient près de deux fois plus susceptibles que les fumeurs occasionnels et les non-fumeurs d'avoir eu des pensées suicidaires (14 % par rapport à 6 %) (tableau A.3). Cependant, lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs, l'association à l'usage quotidien du tabac était décelable seulement chez les Inuits (tableau 1).

Les répondants ayant déclaré un niveau élevé d'estime de soi étaient nettement moins susceptibles que ceux n'ayant pas déclaré un fort niveau d'estime de soi d'avoir eu des pensées suicidaires (tableau 1). Par exemple, chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve, les personnes ayant déclaré un niveau élevé d'estime de soi étaient 90 % moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires (1 % par rapport à 20 %) (tableau 1). Dans les trois groupes, le sentiment d'impuissance était aussi corrélé avec des pensées suicidaires (tableau A.3), mais lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs dans l'analyse, une association était apparente seulement chez les Métis et les Inuits (tableau 1). Par exemple, les Inuits ayant déclaré un sentiment d'impuissance étaient plus de deux fois plus susceptibles que ceux n'ayant pas déclaré un tel sentiment d'avoir des pensées suicidaires (23 % par rapport à 11 %).

Afin d'explorer davantage les constats pour les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve, on a pris en considération deux facteurs d'influence potentiels : la modification d'effet, selon laquelle la *force* d'une association entre un facteur et un résultat est *modifiée* par un ou plusieurs autres facteurs, et la médiation, selon

laquelle la relation entre un facteur et un résultat *dépend* d'un ou de plusieurs autres facteurs. Aucune modification d'effet (interaction) par d'autres facteurs n'a été observée (données non présentées). Cependant, il semble que l'estime de soi influait sur l'effet d'un sentiment d'impuissance sur les pensées suicidaires (figure A.1, tableau A.5). Ceci pourrait potentiellement expliquer l'absence d'association entre le sentiment d'impuissance et les pensées suicidaires chez les jeunes adultes des Premières Nations : l'inclusion de l'estime de soi dans le modèle semble expliquer en grande partie l'effet du sentiment d'impuissance sur les pensées suicidaires.

Les associations avec la participation des parents et/ou des membres de la famille, les liens solides avec la famille élargie et la fréquentation d'un établissement postsecondaire diffèrent selon le groupe autochtone

Les antécédents personnels et familiaux de fréquentation d'un pensionnat étaient associés marginalement aux pensées suicidaires chez les Premières Nations vivant hors réserve de 18 à 25 ans ($p = 0,09$); même dans les situations où l'on tenait compte des effets des autres facteurs, les personnes présentant de tels antécédents étaient près de deux fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires, comparativement à celles n'ayant pas de tels antécédents (8 % par rapport à 5 %) (tableau 1).

La participation des parents et/ou des membres de la famille en vue d'aider le répondant à faire des devoirs (au moment de l'enquête si le répondant fréquentait une école secondaire, ou pendant la dernière année de scolarité) a été utilisée comme approximation de l'attachement des parents. Ce facteur était corrélé à une prévalence plus faible de pensées suicidaires dans les trois groupes autochtones (tableau A.3). Cependant, lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs, l'association était seulement observable chez les Inuits : les répondants qui déclaraient une participation des parents étant moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires que ceux qui n'avaient pas fait une telle déclaration (6 % par rapport à 16 %) (tableau 1).

Les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve ayant indiqué un niveau élevé de soutien social étaient moins susceptibles que ceux n'ayant pas déclaré un niveau élevé de soutien social d'avoir eu des pensées suicidaires (tableau A.3). Ces tendances étaient similaires chez les Métis et les Inuits. Cependant, les corrélations n'étaient que légèrement significatives ($p = 0,05$ et $0,07$, respectivement). Lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs, le soutien social n'était pas associé aux pensées suicidaires (tableau 1). Néanmoins, les Premières Nations vivant hors réserve ayant déclaré avoir des liens solides avec les membres de la famille élargie étaient moins susceptibles que celles n'ayant pas de tels liens d'avoir eu des pensées suicidaires (6 % par rapport à 9 %) (tableau 1).

Les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve qui avaient indiqué percevoir un environnement d'intimidation à leur école secondaire (s'ils étaient inscrits à l'école au moment de l'enquête, ou pendant la dernière année de scolarité dans le cas contraire) étaient très légèrement ($p = 0,06$) plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires (8 % par rapport à 6 %) (tableau 1). Les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve ayant indiqué percevoir un environnement de racisme à leur école secondaire étaient très légèrement plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires (tableau A.3). Cependant, après avoir pris en considération d'autres facteurs, on n'a constaté aucune association pour l'un ou l'autre des groupes autochtones entre le racisme à l'école et les pensées suicidaires.

Lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs, les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve qui fréquentaient un établissement postsecondaire montraient une prévalence plus faible de pensées suicidaires, comparativement à ceux qui ne fréquentaient aucun établissement d'enseignement (4 % par rapport à 8 %) (tableau 1). On a constaté une association marginale ($p = 0,10$) chez les Métis, mais aucune association chez les Inuits.

Le sexe du répondant n'était pas associé à des pensées suicidaires dans l'un ou l'autre des groupes autochtones. Cependant, comme dans ce groupe d'âge les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et un environnement d'intimidation à l'école, et étaient moins enclines à déclarer une consommation fréquente d'alcool, on a mené des analyses additionnelles au moyen d'interactions. La seule interaction significative a été constatée pour les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété chez les Inuits, comme il a été décrit précédemment dans le présent article (tableau A.4).

Encadré 1
Aperçu des facteurs associés aux pensées suicidaires au cours de l'année précédente selon le groupe autochtone

Jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve

- Facteurs de santé mentale : troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et consommation de drogue
- Facteurs liés à la personnalité : haut niveau d'estime de soi et sentiment d'impuissance (ce dernier étant modifié par l'estime de soi)
- Expériences vécues durant l'enfance et caractéristiques familiales : expériences personnelles ou familiales de fréquentation d'un pensionnat, environnement d'intimidation à l'école (associations marginales) et liens solides avec les membres de la famille élargie
- Facteurs sociodémographiques : fréquente actuellement un établissement postsecondaire

Jeunes adultes métis

- Facteurs de santé mentale : troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et consommation de drogue
- Facteurs liés à la personnalité : haut niveau d'estime de soi et sentiment d'impuissance
- Expériences vécues durant l'enfance et caractéristiques familiales : participation des parents et/ou des membres de la famille (association marginale)
- Facteurs sociodémographiques : fréquente actuellement un établissement postsecondaire (association marginale)

Jeunes adultes inuits

- Facteurs de santé mentale : troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, consommation de drogue et usage quotidien du tabac
- Facteurs liés à la personnalité : haut niveau d'estime de soi et sentiment d'impuissance
- Expériences vécues durant l'enfance et caractéristiques familiales : participation des parents et/ou des membres de la famille

Le revenu du ménage était corrélé marginalement avec les pensées suicidaires chez les Métis — une prévalence plus faible de pensées suicidaires était associée à un revenu du ménage rajusté après impôts plus élevé (tableau A.3). Après correction pour tenir compte d'autres facteurs, on n'a constaté aucune relation entre le revenu du ménage et les pensées suicidaires pour l'un ou l'autre des groupes autochtones.

Conclusion et discussion

Chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, environ 1 jeune adulte sur 20 et 1 jeune adulte sur 10 a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents, et près de 1 sur 5 à 1 sur 4 a déclaré avoir déjà eu des pensées suicidaires au cours de sa vie. La prévalence des pensées suicidaires était deux fois plus forte chez les jeunes adultes autochtones vivant hors réserve que chez ceux non autochtones. Dans les trois groupes autochtones à l'étude, les jeunes adultes ayant indiqué avoir des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, avoir consommé de la drogue ou éprouvé un sentiment d'impuissance étaient plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente, comparativement à ceux qui n'avaient pas déclaré ces facteurs. Cependant, les jeunes adultes ayant déclaré un niveau élevé d'estime de soi étaient moins susceptibles que ceux pour qui cela n'était pas le cas d'avoir eu des pensées suicidaires. D'autres facteurs étaient associés aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes dans certains groupes, mais non dans l'ensemble des groupes.

On n'a observé aucune différence entre les hommes et les femmes en matière de prévalence des pensées suicidaires *au cours de l'année précédente*. Toutefois, pour ce qui est des pensées suicidaires *au cours de la vie*, on a constaté une tendance vers une *prévalence* plus élevée chez les femmes. Ceci suggère une *incidence* plus élevée de pensées suicidaires chez les femmes, qui pourrait, au fil du temps, donner lieu à une *prévalence* cumulative plus élevée des pensées suicidaires au cours de l'année précédente. En soutien à ce constat, des études antérieures ont proposé qu'à chaque année d'âge entre 13 ans et 17 ans, les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir des pensées suicidaires[67]. La prévalence plus élevée de pensées suicidaires chez les femmes *au cours de la vie* pourrait être le reflet de l'écart entre les hommes et les femmes observé au moment de l'adolescence.

Bien que bon nombre des troubles mentaux et des facteurs liés à la personnalité étaient associés à des pensées suicidaires au cours de l'année précédente dans les trois groupes autochtones, parmi les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve, le niveau d'estime de soi exerçait un effet médiateur sur le sentiment d'impuissance. Cependant, dans la présente analyse, le sentiment d'impuissance était fondé sur une seule question; d'autres études ont utilisé des échelles à items multiples validées[68, 69]. Par conséquent, cette relation devra être examinée plus à fond dans le cadre d'études futures.

La consommation fréquente d'alcool n'était pas associée aux pensées suicidaires dans l'un ou l'autre des groupes autochtones. Les conclusions des études antérieures varient, selon la mesure de consommation d'alcool utilisée. Par exemple, chez les adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve au Manitoba, l'excès occasionnel d'alcool au cours de l'année précédente était associé à un comportement suicidaire[30]. Il est possible que la mesure de consommation utilisée dans cette étude — une consommation d'alcool forte et fréquente — ne soit pas associée aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes en général; une étude parallèle de l'échantillon non autochtone dans l'ESCC–SM a fourni des résultats similaires (données non présentées).

L'association entre l'usage du tabac et les pensées suicidaires n'a pas été constante dans les études antérieures. Dans la présente étude, on a observé une association entre l'usage quotidien du tabac et des pensées suicidaires seulement chez les Inuits. Les taux plus élevés d'usage quotidien du tabac chez les Inuits (61 %; tableau A.2), comparativement aux jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve (26 %) et aux adultes métis (24 %), pourraient indiquer une comorbidité avec d'autres troubles mentaux qui sont eux-mêmes associés à des pensées suicidaires. Les résultats pour les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve sont similaires à ceux obtenus pour les jeunes vivant dans une réserve au Manitoba, pour lesquels aucune association entre l'usage quotidien du tabac et un comportement suicidaire n'a pu être mise en évidence[30].

L'expérience personnelle ou familiale de fréquentation d'un pensionnat était associée marginalement à des pensées suicidaires chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve. Cette observation confirme en partie des rapports antérieurs d'associations entre l'expérience familiale de fréquentation d'un pensionnat et les pensées suicidaires chez les Premières Nations de 18 à 27 ans vivant dans une réserve[30]. Les raisons pouvant expliquer l'absence d'association chez les Métis et les Inuits n'ont pas été clairement établies et devront être étudiées de façon plus approfondie. Il est cependant possible que des facteurs tels que les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, le sentiment de faible estime de soi et/ou le sentiment d'impuissance puissent atténuer ou modérer la relation entre l'expérience de fréquentation d'un pensionnat et les pensées suicidaires. Aussi, il est possible que les pourcentages élevés de valeurs manquantes relativement aux antécédents de fréquentation d'un pensionnat (24 % à 33 %), en combinaison avec les tailles relativement faibles des échantillons, aient affaibli les associations potentielles.

On a utilisé la fréquence de l'aide aux devoirs comme approximation de la participation des parents et/ou des membres de la famille. Cette approximation pourrait ne pas être idéale, et ce, pour plusieurs raisons : 1) le besoin potentiellement limité d'aide aux devoirs dans ce groupe d'âge, 2) la difficulté de mesurer le niveau et la qualité de l'aide reçue, et 3) la nature ponctuelle des données utilisées. Néanmoins, dans les trois groupes autochtones, la participation des parents était corrélée avec une prévalence plus faible de pensées suicidaires au cours de l'année précédente. Lorsque les résultats d'analyse étaient corrigés pour tenir compte des autres facteurs, l'association persistait seulement chez les Inuits.

Le soutien social n'était pas associé aux pensées suicidaires. Néanmoins, la relation pourrait être modifiée par le niveau d'estime de soi, comme le mentionnent d'autres articles publiés[41]. Il convient de souligner que cette mesure n'évalue pas la force ni la qualité du soutien social.

Les liens solides avec les membres de la famille élargie, c'est-à-dire les liens entre les membres de la famille vivant dans la même ville ou collectivité mais dans un autre ménage, qui ont été utilisés pour déterminer la force du soutien social, étaient associés inversement aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve. Cette mesure exclut les membres de la famille immédiate et les membres de la famille vivant à l'extérieur de la collectivité, ainsi que les pairs et les amis. Il pourrait être nécessaire d'utiliser une échelle à items multiples validée pour évaluer le soutien social dans son ensemble en vue de mieux examiner cette relation. Par exemple, chez les femmes métisses, on a constaté que le soutien social, déterminé au moyen de l'échelle modifiée du soutien social à huit items de l'Étude des issues médicales, était inversement associé aux pensées suicidaires au cours de la vie[70].

Le fait d'être victime d'intimidation était lié à des pensées suicidaires, en particulier chez les hommes[31, 32 33]. L'approximation utilisée dans la présente analyse — la perception d'un environnement d'intimidation à l'école — n'indique cependant pas si le répondant a été victime d'intimidation. On a observé une association entre un environnement d'intimidation à l'école et des pensées suicidaires chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve, mais pas chez les jeunes adultes métis ou inuits. Le pourcentage de jeunes adultes ayant déclaré un environnement d'intimidation à l'école était similaire pour chaque groupe autochtone, mais il n'était pas possible de déterminer si la prévalence du fait d'être personnellement victime d'intimidation était similaire dans les trois groupes.

La fréquentation d'un établissement postsecondaire était inversement associée à des pensées suicidaires chez les jeunes adultes métis et ceux des Premières Nations vivant hors réserve (association marginale). Des études antérieures ont proposé que la disponibilité accrue des ressources en matière de santé mentale, des réseaux de pairs et des ressources de soutien social dans les universités et les collèges pouvait avoir un effet protecteur contre les pensées suicidaires[65, 66]. Cependant, il reste encore à déterminer pourquoi ce constat s'applique aussi aux Inuits.

De nombreux prédicteurs, notamment les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, le sentiment d'impuissance, le manque d'estime de soi et la consommation de drogue, étaient aussi associés à des pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les jeunes adultes non autochtones (données non présentées). Cependant, certains facteurs de risque qu'il n'était pas possible d'examiner dans la population non autochtone (notamment la participation des parents et/ou des membres de la famille, le soutien social, un environnement d'intimidation à l'école) pourraient exister uniquement pour un ou plusieurs groupes autochtones.

Il faudra mener des recherches additionnelles pour examiner les caractéristiques non explorées par la présente analyse ou qui ont seulement été étudiées de façon limitée en raison des restrictions imposées par les données — par exemple le stress quotidien, la relation parent-enfant, les mauvais traitement subis durant l'enfance, le soutien social, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, les tentatives de suicide antérieures, la disponibilité et l'utilisation des services de santé mentale. La détermination des facteurs de risque de pensées suicidaires communs pour les trois groupes autochtones et des facteurs de risque qui sont propres à des groupes spécifiques s'ajoute aux ouvrages déjà publiés sur le sujet et pourra éclairer l'élaboration et/ou l'évaluation des programmes et politiques de prévention.

Limites

Les résultats de la présente analyse doivent être interprétés dans le contexte de plusieurs limites de nature méthodologique et conceptuelle.

Il est possible que les pensées suicidaires soient sous-déclarées en raison de la stigmatisation liée au suicide, et, aussi, de l'incapacité à se rappeler de telles pensées, particulièrement si elles sont survenues plusieurs années auparavant.

La population des Premières Nations vivant dans une réserve était exclue de l'EAPA, et, par conséquent, n'a pu être étudiée. À l'échelon national, des pensées suicidaires au cours de la vie ont été déclarées par 22,0 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 59 ans vivant dans une réserve au cours de la période allant de 2008 à 2010[71], une proportion un peu plus élevée que celle observée chez les Premières Nations vivant hors réserve à l'EAPA de 2012 (20,7 %).

Les données ne sont pas disponibles pour plusieurs caractéristiques, notamment le stress quotidien, les mauvais traitements subis durant l'enfance, l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle, qui ont été associées à des pensées suicidaires dans des études antérieures.

Il est possible que la validité des mesures de l'EAPA de 2012 puisse influer sur les associations et la force de ces associations. Par exemple, les estimations de la prévalence fondées sur l'autodéclaration des troubles diagnostiqués de l'humeur et/ou d'anxiété peuvent différer considérablement de celles obtenues à l'occasion d'une interview validée de type Composite International Diagnostic Interview (CIDI) du World Mental Health de l'Organisation mondiale de la santé[72]. De même, la capacité d'un questionnaire à item unique de mesurer l'estime de soi et le sentiment d'impuissance, comparativement à une échelle validée à items multiples, est inconnue, tout comme l'incidence de cette variable dans l'analyse.

Il est possible que les approximations utilisées dans la présente analyse pour plusieurs facteurs de risque aient influé sur la force des associations avec les pensées suicidaires.

Enfin, les données sont transversales, c'est-à-dire qu'elles représentent un instantané dans le temps. Même si la présente analyse comporte plusieurs caractéristiques étant associées à des pensées suicidaires, on ne peut déduire de relations de cause à effet ni aucune directionnalité.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires et rétroaction lors de la rédaction des versions préliminaires du présent article : Erin Tomkins, Kassandra Woods (Assemblée des Premières Nations), Wei Xie (Ralliement national des Métis), David Daignault, Christopher Penney, Sarah Vandenberg (Affaires autochtones et du Nord Canada), Heather Tait, René Dion (Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada) ainsi que Dafna Kohen (Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada).

Annexe

Données et méthodes

Données

Les données sont tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC–SM) de 2012. On a utilisé les données de l'EAPA pour estimer la prévalence et cerner les facteurs de risque de pensées suicidaires chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits; les données de l'ESCC–SM ont permis de comparer les estimations pour les populations autochtone et non autochtone.

L'EAPA de 2012 était une enquête nationale menée auprès des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits âgés de 6 ans et plus. Il s'agissait du quatrième cycle de l'EAPA, lequel portait sur l'éducation, l'emploi et la santé. L'enquête excluait les personnes vivant dans des réserves et des établissements indiens et certaines collectivités des Premières Nations au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Le taux de réponse était de 76 %, correspondait à un échantillon de 28 410 répondants[73].

La population étudiée pour la présente analyse se composait de personnes de 18 à 25 ans qui avaient répondu à des questions sur les pensées suicidaires — un échantillon de 4 686 répondants réparti comme suit : 1 965 Premières Nations vivant hors réserve, 1 748 Métis et 1 015 Inuits. (La taille de l'échantillon total n'est pas égale à la somme des échantillons selon le groupe en raison du fait que des répondants ayant des identités autochtones multiples étaient inclus dans plus d'un groupe.) On a choisi le groupe des répondants de 18 à 25 ans, puisque l'on s'attend à ce que les personnes faisant partie de ce groupe présentent des facteurs de risque de pensées suicidaires différents en comparaison des adultes (les 26 à 59 ans) et des aînés (les 60 ans et plus). Les personnes de moins de 18 ans ont été exclues de l'analyse en raison du taux élevé de réponses par procuration; aucune question relative au suicide n'était posée à des répondants substituts. Les facteurs de risque de pensées suicidaires chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits âgés de 26 à 59 ans ont été explorés dans une étude antérieure[74].

L'ESCC–SM de 2012 était une enquête transversale sur l'état de santé mentale des Canadiens et leur utilisation des services de santé mentale. Des données ont été recueillies auprès de la population âgée de 15 ans et plus dans les ménages privés dans les 10 provinces[75]. L'enquête excluait les résidents des réserves et établissements indiens, les membres à temps plein des Forces canadiennes ainsi que la population vivant en établissement. L'échantillon était composé de 25 113 répondants, et le taux de réponse a été de 68,9 %. La population à l'étude pour la présente analyse était celle des personnes de 18 à 25 ans qui ne s'identifiaient pas comme étant Autochtones (« non-Autochtones »), la taille de l'échantillon étant de 3 020 répondants.

Les questions relatives aux pensées suicidaires différaient dans l'EAPA et l'ESCC–SM

Dans le cadre de l'EAPA, on a posé la question suivante aux répondants : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort? » À ceux qui avaient répondu « Oui » à cette question portant sur les pensées suicidaires au cours de la vie on demandait ensuite : « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? »

Dans l'ESCC–SM, la présence de « pensées suicidaires au cours de la vie » a été fondée sur une variable dérivée à partir d'une combinaison de questions : 1) « Avez-vous déjà vécu [ceci] : *Vous avez sérieusement pensé à vous suicider* »; et 2) « Pensez à la période de deux semaines ou plus quand vos sentiments d'être [déprimé] étaient les plus sévères et fréquents. Durant cette période, avez-vous *sérieusement pensé à vous suicider*? » Ceux qui ont répondu « Oui » à la première question ont dû répondre à une question concernant les pensées suicidaires au cours de la dernière année : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu [ceci] : *Vous avez sérieusement pensé à vous suicider.* »

Analyse

Estimation de la prévalence

La prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (*pensées suicidaires au cours de l'année précédente*) et au cours de la vie (*pensées suicidaires au cours de la vie*) a été estimée séparément chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve ainsi que chez les adultes métis et inuits. Pour la majorité des analyses, les hommes et les femmes étaient combinés pour accroître la taille de l'échantillon. Les pourcentages ont été calculés et comparés au moyen de méthodes qui tenaient compte des conceptions d'enquête distinctes de l'EAPA et de l'ESCC[73, 76]. Les valeurs manquantes (« Ne sait pas », « Non déclaré », « Refus ») ont été exclues du dénominateur au moment du calcul des pourcentages, à l'exception de la variable de la fréquentation des pensionnats où la proportion de valeurs manquantes était plus élevée. Des différences statistiquement significatives ont été déterminées au moyen de tests propres aux données d'enquête complexes[77, 78, 79, 80].

Afin de réduire le potentiel d'erreur ou de biais pouvant survenir lors de la comparaison des estimations d'enquêtes comportant des questions, des bases de sondage et des contextes différents, on a utilisé seulement les données de l'ESCC–SM pour comparer la prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente au sein des populations autochtone et non autochtone totales. Les petites tailles d'échantillon dans l'ESCC–SM font qu'il n'était pas possible d'obtenir des estimations fiables pour chacun des groupes autochtones. Par conséquent, on a généré des estimations pour les populations autochtones combinées, qui ont ensuite été comparées à celles de la population non autochtone. Ces estimations excluent la plupart des jeunes adultes inuits, puisque l'ESCC–SM ne couvrait pas l'Inuit Nunangat. Par conséquent, on prévoit que la prévalence des pensées suicidaires chez les jeunes adultes autochtones soit dans l'ensemble sous-estimée.

Caractéristiques associées aux pensées suicidaires au cours de l'année précédente

Les caractéristiques considérées comme des facteurs de risque potentiels de pensées suicidaires dans la présente analyse sont fondées sur des articles déjà publiés et leur disponibilité dans l'EAPA de 2012. On a utilisé le modèle conceptuel de Beautrais[12] des facteurs de risque de tentatives de suicide et de suicides chez les jeunes personnes pour orienter la sélection des facteurs de risque dans les données de l'EAPA. Puisque le modèle conceptuel porte sur les suicides et les tentatives de suicide, on a pris connaissance des articles relatifs spécifiquement aux pensées suicidaires chez les jeunes adultes afin de cerner d'autres facteurs de risque potentiels. Les facteurs de risque et les variables utilisées pour les opérationnaliser étaient les suivants :

Troubles mentaux

- Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété : troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés et diagnostiqués par un professionnel de la santé — plus spécifiquement la dépression, les troubles bipolaires, les manies, la dysthymie, les phobies, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble panique.
- Consommation de drogue : avoir déjà utilisé des médicaments sur ordonnance à des fins récréatives ou des drogues de la rue.
- Consommation élevée et fréquente d'alcool : avoir consommé cinq verres ou plus à une occasion, une ou plusieurs fois par semaine au cours des 12 derniers mois[81].
- Usage quotidien du tabac : fumer au moins une cigarette par jour.

Facteurs liés à la personnalité

- Niveau élevé d'estime de soi : ne pas avoir eu de sentiment d'inutilité au cours du dernier mois. Bien que la question visait le mois précédent, on a démontré que l'estime de soi est uniforme dans le temps[82].
- Sentiment d'impuissance : se sentait impuissant tout le temps ou la plupart du temps au cours du mois précédent
  - Ces variables sont fondées sur 2 des 10 items de l'échelle Kessler, qui a été validée pour mesurer la détresse psychologique non spécifique chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits[83].

Expériences vécues durant l'enfance et caractéristiques familiales

- Antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat : Les catégories étaient : « Non » *(antécédents personnels / des parents / des grands-parents), « Oui » et « Ne sait pas / Refus / Non indiqué* (valeurs manquantes) ». Les antécédents personnels et les antécédents familiaux étaient inclus pour tenir compte des possibilités de transmission intergénérationnelle des traumatismes. Seulement 2,4 % des répondants de 18 à 25 ans ont déclaré avoir fréquenté personnellement un pensionnat. En raison du grand nombre de répondants comportant des données manquantes (1 232 ou 26,3 % dans l'échantillon de 4 686 répondants) et parce que leur exclusion de l'analyse aurait grandement réduit la taille de l'échantillon, ils ont été inclus dans une catégorie distincte.
- Problèmes d'intimidation perçus à l'école (au moment de l'enquête si le répondant était inscrit à l'école, ou pendant la dernière année de scolarité) : Les réponses « Oui » si le répondant était d'accord ou tout à fait d'accord et « Non » si le répondant était en désaccord ou tout à fait en désaccord avec le fait qu'il y avait un problème d'intimidation à son école ont été utilisées comme approximations d'expériences négatives vécues durant l'enfance. Ceci ne fait pas référence à des expériences personnelles de victimisation liées à l'intimidation.
- Problèmes de racisme perçus à l'école (au moment de l'enquête si le répondant était inscrit à l'école, ou pendant la dernière année de scolarité) : Les réponses « Oui » si le répondant était d'accord ou tout à fait d'accord et « Non » si le répondant était en désaccord ou tout à fait en désaccord avec le fait qu'il y avait un problème de racisme à son école ont été utilisées comme approximations d'expériences négatives vécues durant l'enfance. Encore une fois, ceci ne fait pas référence à des expériences personnelles.
- Participation des parents et/ou des membres de la famille : La fréquence (au moment de l'enquête si le répondant était inscrit à l'école, ou pendant la dernière année de scolarité) à laquelle les parents ou un autre membre de la famille a fourni de l'aide aux devoirs au répondant ou les a vérifiés a été utilisée comme approximation de l'attachement parental. Pour les répondants qui ont indiqué recevoir rarement ou jamais une aide aux devoirs, on jugeait que la réponse à « Participation des parents et/ou des membres de la famille » était « Non »; dans le cas contraire, on jugeait que la réponse était « Oui ».
- Niveau élevé de soutien social : Le soutien social a été évalué au moyen de questions sur les personnes vers lesquelles le répondant se tournerait en période de besoin. Les répondants qui indiquaient qu'ils se tourneraient vers leur famille uniquement ou aussi à des personnes non apparentées étaient considérés comme ayant un niveau élevé de soutien social. Les répondants qui indiquaient qu'ils n'avaient personne vers qui se tourner ou seulement des personnes non apparentées étaient considérés comme n'ayant pas un niveau élevé de soutien social.
- Liens solides avec les membres de la famille élargie : Comme le soutien social, tel que décrit ci-dessus, n'indique pas la force du soutien, on a inclus un facteur additionnel. On demandait aux répondants de qualifier, sur une échelle de 0 à 5, la force des liens entre les membres de leur famille vivant dans leur ville ou collectivité mais dans un autre ménage. Pour les répondants qui ont répondu 0, 1, 2 ou 3, on jugeait que la réponse à « Liens solides avec les membres de la famille élargie » était « Non »; pour ceux qui ont répondu 4 ou 5, on jugeait que la réponse était « Oui ». Le seuil a été déterminé en fonction de la cote médiane pondérée de 3,7 pour ce groupe d'âge.

Facteurs sociodémographiques

- Fréquentation actuelle d'un établissement d'enseignement : On a utilisé la question « Fréquente présentement l'école » et les catégories « Ne fréquente pas », « Fréquente l'école secondaire ou un programme d'équivalence d'études secondaires » et « Fréquente un établissement postsecondaire ».
- Revenu du ménage après impôts rajusté : Revenu du ménage après impôts rajusté en fonction de la taille du ménage (utilisé comme variable d'intervalle).
- Sexe : Pour tenir compte des différences selon le sexe, on a utilisé la variable « Sexe masculin » comme catégorie de référence.

Dans la plupart des analyses, les hommes et les femmes étaient combinés pour accroître la taille de l'échantillon. Dans les analyses préliminaires utilisant un échantillon autochtone combiné, la prévalence de nombreux facteurs de risque de pensées suicidaires ne variait pas selon le sexe (données non présentées). Les exceptions étaient les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (taux plus élevés chez les femmes), les problèmes perçus d'intimidation (taux plus élevés chez les femmes) et la consommation fréquente d'alcool (taux plus élevés chez les hommes). Afin de tenir compte de cette situation, le sexe du répondant a été inclus comme facteur dans les analyses multivariées.

Analyses bivariées et multivariées

Comme un grand nombre de facteurs de risque dans l'EAPA de 2012 faisaient référence à des périodes de référence récentes, les résultats pour les facteurs associés sont présentés seulement pour les pensées suicidaires *au cours de l'année précédente*. Par exemple, les questions relatives à un haut niveau d'estime de soi et à un sentiment d'impuissance faisaient référence aux 30 jours précédant l'enquête, tandis que la question relative à la consommation fréquente d'alcool faisait référence aux 12 mois précédents. En outre, on s'attend à ce que des facteurs comme « Fréquente présentement un établissement d'enseignement » soient pertinents pour les pensées suicidaires au cours de l'année précédente, mais non pas pour les pensées suicidaires au cours de la vie.

Des analyses bivariées ont été menées pour déterminer si les personnes affichant des caractéristiques particulières étaient plus ou moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires. On a examiné une caractéristique à la fois, sans rajustement pour tenir compte d'autres facteurs potentiellement associés. Les différences statistiquement significatives ont été déterminées au moyen de tests propres à des données d'enquête complexes[77, 78, 79, 80].

On a ensuite mené des analyses de régression logistique afin de déterminer les caractéristiques associées de manière significative aux pensées suicidaires lorsque les autres étaient prises en compte. Des analyses de régression logistique multinomiale ont permis d'utiliser une variable de résultats à catégories multiples — les répondants qui avaient eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente (« *au cours de l'année précédente* »), les répondants qui avaient eu des pensées suicidaires auparavant, mais pas au cours de l'année précédente (« *dans un passé lointain* ») et les répondants qui n'avaient jamais eu de pensées suicidaires. Cette approche permet de corriger les problèmes associés à : 1) l'emploi d'une régression logistique binomiale combinant les répondants ayant eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et dans un passé lointain, « *pensées suicidaires au cours de la vie* », tout en analysant des facteurs de risque faisant référence à la plus récente période (les 12 derniers mois ou une période plus récente); 2) l'exclusion des répondants qui avaient eu auparavant des pensées suicidaires, mais pas au cours des 12 derniers mois, pour générer une variable de résultats « *pensées suicidaires au cours de l'année précédente* » aux fins de régression logistique, ce qui réduisait la taille de l'échantillon; ou 3) la combinaison des répondants qui avaient eu des pensées suicidaires dans un passé lointain avec ceux qui n'avaient jamais eu de pensées suicidaires, ce qui pouvait potentiellement mener à classer erronément des membres du premier groupe, qui sont supposés avoir certains facteurs de risque en commun avec les répondants qui avaient eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente. La régression logistique multinomiale permet d'utiliser l'ensemble des informations disponibles et de cerner des caractéristiques associées au plan statistique à la fois avec les pensées suicidaires au cours de l'année précédente et les pensées suicidaires dans un passé lointain. Comme pour la régression logistique standard, on peut utiliser cette approche pour calculer la probabilité de pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les répondants qui présentaient ou ne présentaient pas une caractéristique tout en tenant compte en même temps de caractéristiques multiples (tableau 1).

Les facteurs associés de façon significative aux pensées suicidaires au cours de l'année précédente ont été déterminés au moyen de la méthode de sélection rétrospective modifiée de Allen-Cady[84]. En résumé, les facteurs de risque possibles ont été divisés en deux groupes. Le premier groupe se composait de facteurs de risque pour lesquels on avait démontré qu'ils étaient associés fortement/uniformément à des pensées suicidaires dans des recherches antérieures : troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, haut niveau d'estime de soi, sentiment d'impuissance et consommation de drogue. Ils ont été conservés dans les analyses indépendamment de leur importance statistique. Les autres facteurs de risque ont été classés selon leur importance possible. Ils ont été supprimés en ordre ascendant d'importance jusqu'à ce que le premier facteur de risque comportant une valeur p de 0,05 ait été atteint.

La prévalence marginale corrigée (augmentation/diminution de la probabilité en présence d'une caractéristique lorsque l'on tient compte d'autres caractéristiques) de pensées suicidaires a été estimée pour les personnes affichant et n'affichant pas chaque caractéristique. La variation multifactorielle (le ratio de prévalence marginale) a été calculée en divisant l'estimation de la probabilité pour les répondants affichant une caractéristique par la probabilité pour les répondants sans la caractéristique. Par exemple, si la variation multifactorielle était 2,0 pour une caractéristique particulière, les répondants ayant cette caractéristique étaient deux fois plus susceptibles que ceux ne l'ayant pas d'avoir eu des pensées suicidaires. Par contre, si le changement était de 0,5 pour une caractéristique, alors les répondants affichant la caractéristique étaient la moitié moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires que ceux ne l'affichant pas.

Puisque les femmes étaient plus susceptibles de déclarer des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et un environnement d'intimidation à l'école et que les hommes étaient plus susceptibles de déclarer une consommation fréquente d'alcool, des termes d'interaction (entre le sexe et ces variables) ont été inclus dans les analyses. Un terme d'interaction significatif indique que l'association entre le facteur et les pensées suicidaires varie selon le sexe du répondant.

On a évalué les modèles de régression finaux pour vérifier l'adéquation de leur ajustement, la multicolinéarité et d'autres diagnostics.

Pour examiner la médiation potentielle de l'estime de soi entre le sentiment d'impuissance et les pensées suicidaires chez les jeunes adultes des Premières Nations vivant hors réserve, on a utilisé la méthode proposée par Valeri et VanderWeele[85] qui utilise le cadre contrefactuel et la macro SAS « Mediation ». Cette méthode permet d'estimer les « effets directs contrôlés », les « effets directs naturels », les « effets indirects naturels » ainsi que « l'effet total marginal » (une interprétation de ces concepts figure dans la note de bas de page du tableau A.5). Dans la présente analyse, comme la macro ne permet pas l'inclusion de poids d'enquête, ils sont ignorés. On a exécuté des régressions logistiques binaires utilisant des données qui excluaient les pensées suicidaires dans un passé lointain, de manière à restreindre l'ensemble de données aux répondants qui avaient eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente et à ceux qui n'avaient jamais eu de pensées suicidaires. Deux modèles de régression logistique ont été ajustés : un modèle traitait les pensées suicidaires comme variable dépendante, l'autre traitait l'estime de soi comme variable dépendante. Tous les facteurs explicatifs du modèle des Premières Nations vivant hors réserve (tableau 1) étaient inclus. Puisqu'on n'a observé aucune interaction entre le sentiment d'impuissance et l'estime de soi, elle n'a pas été incluse dans l'analyse. À partir de ces analyses, on a estimé le ratio de probabilité des effets et le pourcentage de l'effet total attribuable à la médiation par le niveau d'estime de soi, ce dernier étant présenté sur une échelle de différence de risques, telle que proposée par VanderWeele et Vansteelandt[86].

Encadré 2
Définitions

Analyse bivariée : Méthode d'analyse de données qui explore la corrélation entre deux variables sans tenir compte d'autres variables[87].

Régression logistique : Méthode statistique utilisée pour l'analyse d'un ensemble de données dans laquelle une ou plusieurs variables indépendantes déterminent un résultat. Le résultat est mesuré au moyen d'une variable binaire (pour laquelle il peut exister seulement deux résultats possibles)[88].

Médiation : Une médiation existe lorsqu'une troisième variable (médiateur) transmet l'influence d'une variable indépendante donnée à une variable dépendante donnée (résultat)[89].

Interaction : Une interaction existe lorsque l'effet d'une variable indépendante donnée sur la variable dépendante (résultat) dépend du niveau d'une troisième variable[89].

Tableau A.1

Prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie et au cours de l'année précédente chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis, inuits et non autochtones, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2012

		Intervalle de confiance de 95 %	
	Pourcentage	de	à
Pensées suicidaires au cours de l'année précédente (18 ans et plus)			
Premières Nations vivant hors réserve, Inuits et Métis, sexes combinés	4,8	4,0	5,6
Premières Nations vivant hors réserve, sexes combinés	5,6	4,1	7,0
Métis, sexes combinés	4,0	3,3	4,6
Inuits, sexes combinés	5,9	4,7	7,2
Premières Nations vivant hors réserve, Inuits et Métis combinés, selon le sexe (18 ans et plus)			
Hommes	4,5	3,5	5,6
Femmes	5,0	4,0	5,9
Premières Nations vivant hors réserve, sexes combinés			
18 à 25 ans	7,1[E]	4,7	9,5
26 à 59 ans†	5,8[E]	3,8	7,8
Métis, sexes combinés			
18 à 25 ans	5,4	3,7	7,2
26 à 59 ans†	4,4	3,5	5,4
Inuits, sexes combinés			
18 à 25 ans	11,3*	7,8	14,8
26 à 59 ans†	4,9	3,4	6,4
Non-Autochtones (provinces seulement), sexes combinés			
18 à 25 ans	5,0*	3,5	6,5
26 à 59 ans†	3,1	2,6	3,6
Pensées suicidaires au cours de la vie (18 ans et plus)			
Premières Nations vivant hors réserve, Métis et Inuits, sexes combinés	19,5	18,3	20,6
Premières Nations vivant hors réserve, sexes combinés	21,1	19,3	22,9
Métis, sexes combinés	17,5	15,9	19,1
Inuits, sexes combinés	22,3	19,9	24,7
Premières Nations vivant hors réserve, Métis et Inuits combinés, selon le sexe (18 ans et plus)			
Hommes	16,3	14,6	17,9
Femmes	21,9	20,4	23,5
Premières Nations vivant hors réserve, sexes combinés			
18 à 25 ans	16,9*	13,7	20,0
26 à 59 ans†	24,0	21,6	26,3
Métis, sexes combinés			
18 à 25 ans	15,7*	12,6	18,7
26 à 59 ans†	19,6	17,6	21,6
Inuits, sexes combinés			
18 à 25 ans	26,7	22,3	31,2
26 à 59 ans†	23,5	20,4	26,6
Non-Autochtones (provinces seulement), sexes combinés			
18 à 25 ans	14,7*	12,7	16,7
26 à 59 ans†	12,4	11,5	13,4

[E] utiliser avec prudence

* différence significative par rapport aux répondants âgés de 26 à 59 ans à $p < 0,05$

† catégorie de référence

Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Tableau A.2

Prévalence des facteurs de santé et sociodémographiques chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, adultes âgés de 18 à 25 ans, Canada, 2012

	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
	pourcentage		
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés et diagnostiqués par un médecin	21,2	19,1	10,5
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance, drogues de la rue à des fins récréatives)	25,1	23,9	17,8
Consommation élevée et fréquente d'alcool (cinq verres ou plus au moins une fois par semaine)	12,7	10,6	12,1
Usage quotidien du tabac	26,3	24,3	60,9
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)	81,4	84,6	75,7
Sentiment d'impuissance (se sentait impuissant tout le temps ou la plupart du temps au cours du mois précédent)	4,0[E]	3,2[E]	F
Participation des parents et/ou des membres de la famille	56,7	57,5	49,5
Niveau élevé de soutien social	90,4	94,4	91,9
Liens solides avec les membres de la famille élargie	65,2	69,3	62,8
Problème perçu d'intimidation à l'école	46,9	45,7	52,5
Problème perçu de racisme à l'école	25,5	23,6	23,3
Antécédents personnels ou familiaux (parents, grand-parents) de fréquentation d'un pensionnat			
Oui	50,8	23,8	49,0
Non	23,6	49,0	18,4
Ne sait pas/refus/non déclaré	25,5	27,2	32,6
Fréquente actuellement un établissement scolaire			
Ne fréquente pas un établissement scolaire	65,8	68,2	76,0
Fréquente une école secondaire	10,8	7,4	15,6
Fréquente un établissement postsecondaire	23,4	24,3	8,4[E]

[E] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié

Notes : La participation des parents et/ou des membres de la famille est définie ici comme le fait d'avoir fait vérifier ses devoirs ou d'avoir obtenu de l'aide pour faire les devoirs, au moment de l'enquête chez les répondants fréquentant un établissement scolaire, ou au cours de leur dernière année de scolarité. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la section « Données et méthodes ».
Un niveau élevé de soutien social était défini comme le fait d'avoir sa famille uniquement ou aussi des personnes non apparentées vers qui se tourner pour obtenir du soutien. Le fait de n'avoir personne vers qui se tourner ou seulement des personnes non apparentées était caractérisé comme un faible niveau de soutien social.
Des liens solides avec les membres de la famille élargie étaient définis comme le fait d'avoir des liens avec les membres de sa famille vivant dans sa ville ou collectivité mais dans un autre ménage qualifiés de 4 à 5 sur une échelle de 1 à 5.
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale, 2012.

Tableau A.3

Prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, adultes âgés de 18 à 25 ans, selon certaines caractéristiques, Canada, 2012

	Premières Nations hors réserve	Métis	Inuits
	pourcentage		
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés et diagnostiqués par un médecin			
Non (catégorie de référence)	2,9[E]	2,2[E]	8,0[E]
Oui	23,7[E] *	20[E] *	37,7[E] *
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance, drogues de la rue à des fins récréatives)			
Non (catégorie de référence)	3,1[E]	2,5[E]	7,0[E]
Oui	19,0[E] *	14,8[E] *	29,6[E] *
Consommation élevée et fréquente d'alcool (cinq verres ou plus au moins une fois par semaine)			
Non (catégorie de référence)	5,8[E]	4,9[E]	9,9[E]
Oui	F	9,7[E]	F
Usage quotidien du tabac			
Non (catégorie de référence)	5,1[E]	3,5[E]	5,8[E]
Oui	12,4[E] *	11,3[E] *	14,2[E] *
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)			
Non (catégorie de référence)	33,7	26,9	27,6[E]
Oui	1,0[E] *	1,6[E] *	6,3[E] *
Sentiment d'impuissance (se sentait impuissant tout le temps ou la plupart du temps au cours du mois précédent)			
Non (catégorie de référence)	5,5[E]	4,0	9,5[E]
Oui	45,7[E] *	47,8[E] *	F
Participation des parents et/ou des membres de la famille			
Non (catégorie de référence)	9,9[E]	8,0[E]	17,6[E]
Oui	4,6[E] *	3,2[E] *	5,5[E] *
Niveau élevé de soutien social			
Non (catégorie de référence)	24,7[E]	14,1[E]	F
Oui	5,1[E] *	4,9[E]	9,6[E]
Liens solides avec les membres de la famille élargie			
Non (catégorie de référence)	12,6[E]	7,6[E]	14,0[E]
Oui	4,0[E] *	4,5[E]	9,4[E]
Problème perçu d'intimidation à l'école			
Non (catégorie de référence)	3,4[E]	4,7[E]	9,5[E]
Oui	11,0[E] *	6,3[E]	12,8[E]
Problème perçu de racisme à l'école			
Non (catégorie de référence)	5,6[E]	4,6[E]	11,7[E]
Oui	11,3[E]	8,6[E]	9,4[E]
Antécédents personnels ou familiaux (parents, grands-parents) de fréquentation d'un pensionnat			
Non (catégorie de référence)	3,3[E]	5,8[E]	F
Oui	7,1[E]	5,6[E]	11,1[E]
Ne sait pas/refus/non déclaré	11,0[E]	4,6[E]	11,6[E]
Fréquente actuellement un établissement scolaire			
Ne fréquente pas un établissement scolaire (catégorie de référence)	8,0[E]	6,3[E]	11,6
Fréquente une école secondaire	F	F	F
Fréquente un établissement postsecondaire	F	F	F
Sexe			
Hommes (catégorie de référence)	7,5[E]	5,7[E]	12,0[E]
Femmes	6,8[E]	5,2[E]	10,4[E]
Revenu du ménage	—	§	—

[E] à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$ pour les variables oui/non; $p < 0,025$ pour les antécédents familiaux de fréquentation d'un pensionnat).

§ association significative avec les pensées suicidaires l'année dernière dans la régression univariée

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires au cours de l'année précédente

Notes : La participation des parents et/ou des membres de la famille est définie ici comme le fait d'avoir fait vérifier ses devoirs ou d'avoir obtenu de l'aide pour faire les devoirs, au moment de l'enquête chez les répondants fréquentant un établissement scolaire, ou au cours de leur dernière année de scolarité. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la section « Données et méthodes ».

Un niveau élevé de soutien social était défini comme le fait d'avoir sa famille uniquement ou aussi des personnes non apparentées vers qui se tourner pour obtenir du soutien. Le fait de n'avoir personne vers qui se tourner ou seulement des personnes non apparentées était caractérisé comme un faible niveau de soutien social.

Des liens solides avec les membres de la famille élargie étaient définis comme le fait d'avoir des liens avec les membres de sa famille vivant dans sa ville ou collectivité mais dans un autre ménage qualifiés de 4 à 5 sur une échelle de 1 à 5.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Tableau A.4

Résultats des analyses de régression logistique pour les pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, adultes âgés de 18 à 25 ans, Canada, 2012

	Premières Nations hors réserve			Métis			Inuits			Inuits (avec interaction)		
	coefficient bêta	erreur type	valeur p	coefficient bêta	erreur type	valeur p	coefficient bêta	erreur type	valeur p	coefficient bêta	erreur type	valeur p
Ordonnée à l'origine	-1,93	0,74	0,009	-1,44	0,71	0,044	-1,09	0,84	0,195	-0,86	0,82	0,296
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés et diagnostiqués par un médecin	0,93	0,37	0,013	1,58	0,38	0,000	1,89	0,53	0,000	-0,23	0,92	0,806
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance, drogues de la rue à des fins récréatives)	1,57	0,40	0,000	1,82	0,36	0,000	1,25	0,39	0,001	1,23	0,37	0,001
Consommation fréquente d'alcool	0,37	0,53	0,483	-0,02	0,52	0,966	-0,02	0,46	0,960	0,02	0,44	0,972
Usage quotidien du tabac	—	—	—	—	—	—	1,01	0,45	0,025	1,14	0,47	0,015
Sentiment d'impuissance (se sentait impuissant tout le temps ou la plupart du temps au cours du mois précédent)	-0,40	0,68	0,559	1,58	0,61	0,011	2,58	0,74	0,001	2,77	0,78	0,000
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)	-3,73	0,43	0,000	-2,31	0,36	0,000	-1,37	0,4	0,001	-1,27	0,39	0,001
Antécédents personnels ou familiaux (parents, grands-parents) de fréquentation d'un pensionnat (catégorie de référence : non)												
Oui	0,87	0,51	0,091	—	—	—	-0,80	0,54	0,138	-0,85	0,53	0,105
Ne sait pas/refus/non déclaré	0,70	0,60	0,248	—	—	—	-0,52	0,60	0,392	-0,62	0,61	0,311
Environnement d'intimidation à l'école	0,75	0,40	0,060	-0,37	0,36	0,299	0,18	0,35	0,603	0,30	0,35	0,393
Niveau élevé de soutien social	-0,50	0,46	0,279	-0,49	0,54	0,362	-0,28	0,57	0,630	-0,57	0,51	0,261
Liens solides avec les membres de la famille élargie	-0,80	0,40	0,048	0,19	0,36	0,595	-0,04	0,39	0,913	-0,06	0,37	0,881
Participation des parents et/ou des membres de la famille	-0,44	0,42	0,299	-0,62	0,38	0,106	-1,25	0,40	0,002	-1,18	0,40	0,003
Fréquente actuellement un établissement scolaire (catégorie de référence : non)												
Fréquente une école secondaire	-0,15	0,56	0,783	0,3	0,39	0,437	0,48	0,61	0,434	0,45	0,6	0,458
Fréquente une école postsecondaire	-1,20	0,55	0,025	-0,84	0,51	0,100	-0,51	0,78	0,518	-0,96	0,79	0,225
Femmes	0,20	0,38	0,589	-0,31	0,37	0,402	0,05	0,39	0,907	-0,48	0,44	0,276
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété X Sexe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3,13	1,11	0,005

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires lorsque l'on tient compte d'autres caractéristiques; non incluse dans l'analyse finale

Notes : Tailles de l'échantillon : 1 529 (Premières Nations vivant hors réserve), 1 376 (Métis) et 708 (Inuits)

La participation des parents et/ou des membres de la famille est définie ici comme le fait d'avoir fait vérifier ses devoirs ou d'avoir obtenu de l'aide pour faire les devoirs, au moment de l'enquête chez les répondants fréquentant un établissement scolaire, ou au cours de leur dernière année de scolarité. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la section « Données et méthodes ».

Un niveau élevé de soutien social était défini comme le fait d'avoir sa famille uniquement ou aussi des personnes non apparentées vers qui se tourner pour obtenir du soutien. Le fait de n'avoir personne vers qui se tourner ou seulement des personnes non apparentées était caractérisé comme un faible niveau de soutien social.

Des liens solides avec les membres de la famille élargie étaient définis comme le fait d'avoir des liens avec les membres de sa famille vivant dans sa ville ou collectivité mais dans un autre ménage qualifiés de 4 à 5 sur une échelle de 1 à 5.

Les modèles de régression ont été corrigés pour tenir compte du revenu du ménage.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Figure A.1
Médiation hypothétique par l'estime de soi de la relation entre le sentiment d'impuissance et les pensées suicidaires au cours de l'année précédente, adultes des Premières Nations vivant hors réserve âgés de 18 à 25 ans, Canada, 2012

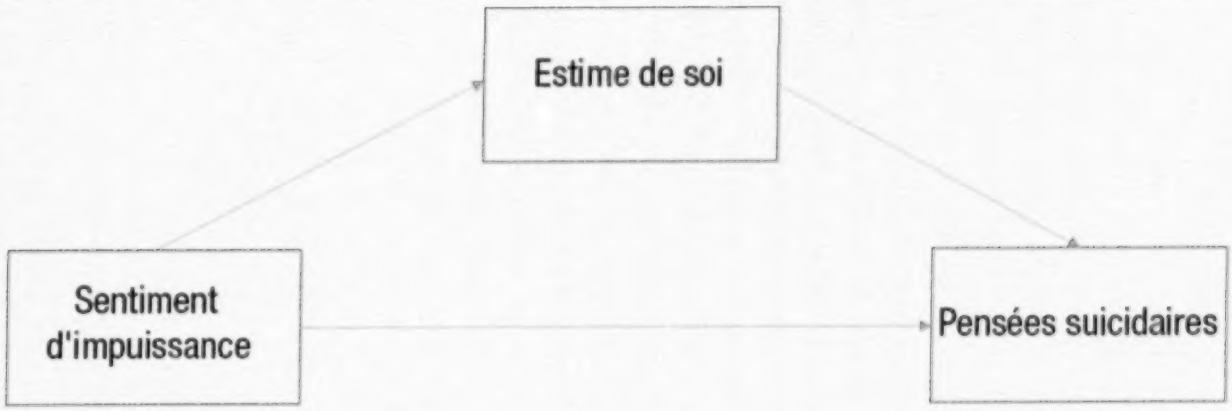


Tableau A.5

Résultats de l'analyse de médiation de la relation entre le sentiment d'impuissance et les pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les Premières Nations vivant hors réserve, adultes âgés de 18 à 25 ans, Canada, 2012

Effet	Estimation	valeur p	Intervalle de confiance de 95%		Proportion de l'effet total attribuable à la médiation (%)
			de	à	
Effet direct contrôlé[1]	1,84	0,543	0,26	13,03	—
Effet direct naturel[2]	1,84	0,543	0,26	13,03	—
Effet indirect naturel[3]	3,95	0,170	0,56	28,03	86,7[†]
Effet total marginal[4]	7,25	0,047	1,02	51,47	—

[†] proportion de l'effet total attribuable à la médiation par l'estime de soi calculée sur une échelle de différence de risques, telle que proposée par VanderWeele et Vansteelandt (2010)

1. Effet direct contrôlé : ratio de probabilité des pensées suicidaires au cours de l'année précédente en maintenant constante l'estime de soi à un niveau moyen dans la population.

2. Effet direct naturel : ratio de probabilité des pensées suicidaires au cours de l'année précédente en maintenant constante l'estime de soi à un niveau moyen chez les répondants qui ont déclaré un sentiment d'impuissance.

3. Effet indirect naturel : ratio de probabilité des pensées suicidaires au cours de l'année précédente chez les répondants qui ont déclaré un sentiment d'impuissance lorsque l'estime de soi passe des répondants qui n'ont pas déclaré un sentiment d'impuissance aux répondants qui ont déclaré un sentiment d'impuissance.

4. Effet total marginal : ratio de probabilité d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente (effet entier).

Note : Le modèle de régression a été corrigé pour tous les facteurs inclus dans le modèle des jeunes adultes des Premières Nations sans interaction au tableau A.4.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Bibliographie

1. O'Dea, D. et S. Tucker. 2005. *The cost of suicide to society,* ministère de la Santé, Wellington, Nouvelle-Zélande.

2. Peters, P.A., L.N. Oliver et D.E. Kohen. 2013. « Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007 », *Rural and Remote Health,* vol. 13, nº 3, p. 2424.

3. Wallace, S. 2014. *Santé des Inuits : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012,* produit no 89-653-X au catalogue de Statistique Canada.

4. Oliver, L.N., P.A. Peters et D.E. Kohen. 2012. « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 », *Rapports sur la santé,* vol. 23, nº 3, p. 17 à 22.

5. Robins, E. et autres. 1959. « The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide », *The American Journal of Psychiatry,* vol. 115, nº 8, p. 724 à 733.

6. Coombs, D.W. et autres. 1992. « Presuicide attempt communications between parasuicides and consulted caregivers », *Suicide & Life-Threatening Behavior,* vol. 22, nº 3, p. 289 à 302.

7. Crosby, A.E. et J.J. Sacks. 2002. « Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994 », *Suicide & Life-Threatening Behavior,* vol. 32, nº 3, p. 321 à 328.

8. De Leo, D. et autres. 2005. « Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour », *Journal of Affective Disorders,* vol. 86, nºs 2 et 3, p. 215 à 224.

9. Clarke, D.E. et autres. 2010. « Increased risk of suicidal ideation in smokers and former smokers compared to never smokers: Evidence from the Baltimore ECA follow-up study », *Suicide & Life-Threatening Behavior,* vol. 40, nº 4, p. 307 à 318.

10. Lemstra, M. et autres. 2013. « Risk indicators of suicide ideation among on-reserve First Nations youth », *Paediatrics & Child Health,* vol. 18, nº 1, p. 15 à 20.

11. Statistique Canada. 2016. *Enquête auprès des peuples autochtones, 2006.* Données non publiées.

12. Beautrais, A.L. 2000. « Risk factors for suicide and attempted suicide among young people », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 34, nº 3, p. 420 à 436.

13. Mann, J.J. « Neurobiology of suicidal behaviour », *Nature Reviews Neuroscience,* vol. 4, nº 10, p. 819 à 828.

14. Fraser, S.L. et autres. 2015. « Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: a gender-based analysis of risk and protective factors », *Suicide & Life-Threatening Behavior,* vol. 45, nº 2, p. 141 à 156.

15. Kirmayer, L.J., M. Malus et L.J. Boothroyd. 1996. « Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors », *Acta Psychiatrica Scandinavica,* vol. 94, nº 1, p 8 à 17.

16. Mota, N. et autres. 2012. « Correlates of suicidality: investigation of a representative sample of Manitoba First Nations adolescents », *American Journal of Public Health,* vol. 102, nº 7, p. 1353 à 1361.

17. Alegría, M. et autres. 2007. « Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States », *American Journal of Public Health,* vol. 97, nº 1, p. 68 à 75.

18. Kim, J. et N.G. Choi. 2010. « Twelve-month prevalence of DSM-IV mental disorders among older Asian Americans: comparison with younger groups », *Aging & Mental Health,* vol. 14, nº 1, p. 90 à 99.

19. Williams, D.R. et autres. 2007. « Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life », *Archives of General Psychiatry,* vol. 64, nº 3, p. 305 à 315.

20. Kessler, R.C. et autres. 2003. « The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *JAMA,* vol. 289, nº 23, p. 3095 à 3105.

21. Kessler, R.C. et autres. 2005. « Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003 », *JAMA,* vol. 293, nº 20, p. 2487 à 2495.

22. Fondation autochtone de guérison. 2007. *Suicide among Aboriginal People in Canada,* Fondation autochtone de guérison, Ottawa, http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/2007-AHF-suicide.pdf (site consulté le 3 octobre 2016).

23. *Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School*. 1988. Vancouver, C.-B., Arsenal Pulp Press, première édition canadienne.

24. Affaires autochtones et du Nord Canada. 2008. *Statement of apology to former students of Indian Residential Schools,* présentation.

25. *Out of the depths: The experiences of Mi'kmaw children at the Indian Residential School at Shubenacadie, Nova Scotia.* 1992. Lockeport, N.-É., Roseway, deuxième édition.

26. *Shingwauk's Vision: A History of Native Residential Schools*. 1996. University of Toronto Press.

27. Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2015. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir*, Commission de vérité et réconciliation du Canada, Ottawa, http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=890 (site consulté le 3 octobre 2016).

28. Ross, A. et autres. 2015. « Impact of residential schooling and of child abuse on substance use problem in Indigenous Peoples », *Addictive Behaviors,* vol. 51, p. 184 à 192.

29. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. 2005. *First nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for Adults, Youth and Children in First Nations Communities,* Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Ottawa, http://fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-technical_report.pdf (site consulté le 3 octobre 2016).

30. Elias, B. et autres. 2012. « Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system », *Social Science & Medicine*, vol. 74, nº 10, p. 1560 à 1569.

31. Roeger, L. et autres. 2010. « Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation?: a South Australian population-based observational study », *The Journal of Nervous and Mental Disease,* vol. 198, nº 10, p. 728 à 733.

32. Wang, R.-H. et autres. 2011. « Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents ». *Nursing Research,* vol. 60, nº 6, p. 413 à 421.

33. Brunstein, K.A., A. Sourander et M. Gould. 2010. « The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 55, nº 5, p. 282 à 288.

34. Barbosa, L.P. et autres. 2014. « Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil », *Child Abuse & Neglect,* vol. 38, nº 7, p. 1191 à 1196.

35. Hahm, H.C. et autres. 2010. « The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood », *Journal of Youth and Adolescence,* vol. 39, nº 5, p. 528 à 540.

36. McGee, R., S. Williams et S. Nada-Raja. 2005. « Is cigarette smoking associated with suicidal ideation among young people? », *The American Journal of Psychiatry,* vol. 162, nº 3, p. 619 à 620.

37. Tousignant, M., M.F. Bastien et S. Hamel. 1993. « Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 28, nº 5, p. 256 à 261.

38. Fuller-Thomson, E. et A.D. Dalton. 2011. « Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: findings from a representative Canadian community survey », *Psychiatry Research,* vol. 187, nºs 1 et 2, p. 150 à 155.

39. Arria, A.M. et autres. 2009. « Suicide ideation among college students: A multivariate analysis ». *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research,* vol. 13, nº 3, p. 230 à 246.

40. Foster, T. 2011. « Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies ». *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research,* vol. 15, nº 1, p. 1 à 15.

41. Kleiman, E.M. et J.H. Riskind. 2013. « Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model », *Crisis,* vol. 34, nº 1, p. 42 à 49.

42. Swahn, M. et L. Gressard. 2014. *Risk and protective factors for suicide and suicidal behavior among young adults, Developmental and public health perspectives on suicide prevention: An integrated approach,* New York, SkiKnow publications ltd.

43. Lorenzo-Luaces, L. et J.A. Phillips. 2014. « Racial and ethnic differences in risk factors associated with suicidal behavior among young adults in the USA », *Ethnicity & Health,* vol. 19, nº 4, p. 458 à 477.

44. Lamis, D.A. et D. Lester. 2012. « Risk Factors for Suicidal Ideation Among African American and European American College Women », *Psychology of Women Quarterly,* vol. 36, nº 3, p. 337 à 349.

45. Legleye S. et autres. 2010. « Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use », *Journal of Affective Disorders,* vol. 123, nºs 1 à 3, p. 108 à 115.

46. Hahm, H.C. et autres. 2013. « Drug use and suicidality among Asian American women who are children of immigrants », *Substance Use & Misuse,* vol. 48, nº 14, p. 1563 à 1576.

47. Stephenson, H., J. Pena-Shaff et P. Quirk. 2006. « Predictors of College Student Suicidal Ideation: Gender Differences », *College Student Journal,* vol. 40, nº 1, p. 109 à 117.

48. Gonzalez, V.M. et V.M. Hewell. 2012. « Suicidal ideation and drinking to cope among college binge drinkers », *Addictive Behaviors,* vol. 37, nº 8, p. 994 à 997.

49. Gonzalez, V.M., C.M. Bradizza et R.L. Collins. 2009. « Drinking to Cope as a Statistical Mediator in the Relationship Between Suicidal Ideation and Alcohol Outcomes Among Underage College Drinkers », *Psychology of Addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, vol. 23, nº 3, p. 443 à 451.

50. Darvishi, N. et autres. 2015. « Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis », *PloS One,* vol. 10, nº 5, p. e0126870.

51. National Institute on Alcohol and Alcoholism. *Alcohol Use Disorder,* https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders (site consulté le 3 octobre 2016).

52. Cottler, L.B. et autres. 2005. « Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users », *The Journal of Nervous and Mental Disease,* vol. 193, nº 7, p. 431 à 437.

53. Kenny, P.J., S.E. File et M. Rattray. 2001. « Nicotine regulates 5-HT(1A) receptor gene expression in the cerebral cortex and dorsal hippocampus », *The European Journal of Neuroscience,* vol. 13, nº 6, p. 1267 à 1271.

54. Bronisch, T., M. Höfler et R. Lieb. 2008. « Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study », *Journal of Affective Disorders,* vol. 108, nºs 1 et 2, p. 135 à 145.

55. Collins, S. et J.R. Cutcliffe. 2003. « Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* vol. 10, nº 2, p. 175 à 185.

56. Lamis, D.A. et D. Lester. 2013. « Gender Differences in Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation Among College Students », *Journal of College Student Psychotherapy,* vol. 27, nº 1, p. 62 à 77.

57. Goldney, R.D. et autres. 1991. « Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity », *Acta Psychiatrica Scandinavica,* vol. 83, nº 2, p. 115 à 120.

58. Jang, J.-M. et autres. 2014. « Predictors of suicidal ideation in a community sample: roles of anger, self-esteem, and depression », *Psychiatry Research,* vol. 216, nº 1, p. 74 à 81.

59. de Man, A.F., C.P. Leduc et L. Labrèche-Gauthier. 1992. « Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: a comparison », *Journal of Clinical Psychology,* vol. 48, nº 6, p. 811 à 816.

60. Schrijvers, D.L., J. Bollen et B.G.C. Sabbe. 2012. « The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process », *Journal of Affective Disorders*, vol. 138, nºs 1 et 2, p. 19 à 26.

61. Canetto, S.S. et I. Sakinofsky. 1998. « The gender paradox in suicide », *Suicide & Life-Threatening Behavior*, vol. 28, nº 1, p. 1 à 23.

62. Taliaferro, L.A. et autres. 2009. « Spiritual well-being and suicidal ideation among college students », *Journal of American College Health*, vol. 58, nº 1, p. 83 à 90.

63. Farabaugh, A. et autres. 2012. « Depression and suicidal ideation in college students », *Psychopathology*, vol. 45, nº 4, p. 228 à 234.

64. Lemstra, M. et autres. « Suicidal ideation: the role of economic and aboriginal cultural status after multivariate adjustment », *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne De Psychiatrie*, vol. 54, nº 9, p. 589 à 595.

65. Suicide Prevention Resource Center. 2007. *Young adult suicide & student status: Findings from a pilot for the National Violent Death Reporting System*. Harvard Injury Control Research Center and Suicide Prevention Resource Center, Washington, D. C., http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/YouthSuicideStudentStatus.pdf

66. Silverman, M.M. et autres. 1997. « The Big Ten Student Suicide Study: a 10-year study of suicides on midwestern university campuses », *Suicide & Life-Threatening Behavior*, vol. 27, nº 3, p. 285 à 303.

67. Boeninger, D.K. et autres. 2010. « Sex Differences in Developmental Trends of Suicide Ideation, Plans, and Attempts among European American Adolescents », *Suicide & Life-Threatening Behavior*, vol. 40, nº 5, p. 451 à 464.

68. Mann, J.J. et autres. 1999. « Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156, nº 2, p. 181 à 189.

69. May, A.M., E.D. Klonsky et D.N. Klein. 2012. « Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 46, nº 7, p. 946 à 952.

70. Kumar, M.B. et autres. 2012. « Suicidal ideation among Métis adult men and women–associated risk and protective factors: findings from a nationally representative survey », *International journal of circumpolar health*, vol. 71.

71. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. 2012. *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008-10. National Report on Adults, Youth and Children living in First Nations Communities*, Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Ottawa, http://fnigc.ca/sites/default/files/First_Nations_Regional_Health_Survey_2008-10_National_Report.pdf

72. Organisation mondiale de la santé. 2004. *The World Mental Health Composite International Diagnostic Interview*, Dept. of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/

73. Cloutier, E. et É. Langlet. 2014. *Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes*, Statistics Canada, Ottawa, http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2013002-fra.pdf

74. Kumar, M.B. 2016. *Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes*, Statistique Canada, Ottawa, http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016008-fra.pdf.

75. Statistique Canada. 2012. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC)*, Statistique Canada, Ottawa, http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015.

76. Statistique Canada. 2013. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC) : Guide de l'utilisateur*, Statistique Canada, Ottawa.

77. Isik, F. 2009. *Statistical consulting report*, College of Natural Resources (NCSU), Raleigh, C.N., http://www4.ncsu.edu/~fisik/Statistical Consulting Report/Survey Data Analysis Example - Caitlin Burke.pdf

78. Miller, L.C., S.R. Rosas et K. Hall. 2011. « Using concept mapping to describe sources of information for public health and school nursing practice », *Journal of Research in Nursing*, vol. 17, nº 5, p. 466 à 481.

79. RTI International. *DESCRIPT Example 7*, RTI International, Research Triangle Park, C.N., http://sudaansupport.rti.org/sudaan/pdf_files/110Example/DESCRIPT Example 7.pdf

80. Wiener, R.C., M.A. Wiener et D.W. McNeil. 2015. « Comorbid depression/anxiety and teeth removed: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2010 », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 43, nº 5, p. 433 à 443.

81. Santé Canada. 2010. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, Santé Canada, Ottawa, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/summary-sommaire-fra.php

82. Brown, J.D. et M.A. Marshall. 2006. *The three faces of self-esteem*. Self-esteem: Issues and answers. New York : Psychology Press, p. 4 à 9.

83. Bougie, E. et autres. 2016. « Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey », *Health Reports*, vol. 27, nº 1, p. 3 à 10.

84. Vittinghoff, E. et autres. 2012. *Predictor selection*. Regression Methods in Biostatistics. Boston, MA, Springer US, p. 147.

85. Valeri, L. et T.J. Vanderweele. 2013. « Mediation analysis allowing for exposure-mediator interactions and causal interpretation: theoretical assumptions and implementation with SAS and SPSS macros », *Psychological Methods*, vol. 18, nº 2, p. 137 à 150.

86. Vanderweele, T.J. et S. Vansteelandt. 2010. « Odds ratios for mediation analysis for a dichotomous outcome », *American Journal of Epidemiology*, vol. 172, nº 12, p. 1339 à 1348.

87. Fraser Health. *Introduction to statistical and quantitative research methods*. Fraser Health, Surrey, C. -B., www.fraserhealth.ca/media/Introduction-to-Statistics-and-Quantitative-Research-Methods.pdf.

88. MedCalc. *Logistic regression*. MedCalc, https://www.medcalc.org/manual/logistic_regression.php

89. Wu, W. 2010. *Confounding, interaction, and mediation in multivariable/multivariate regression modeling*, https://medschool.vanderbilt.edu/cqs/files/cqs/media/2010WilliamMay2010.pdf.

90. Bombay, A. K. Matheson et H. Anisman. 2009. « Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, nº 3.